

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

145

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul LETOURNEUR

Interne des Hôpitaux de Nantes

Préparateur de Médecine Légale à l'Ecole de Médecine

Né à Guérande (Loire-Inférieure) le 21 janvier 1900

LES
PETITES HYPERTENSIONS
D'ALARME
AU COURS DE LA GROSSESSE

Président : M. BRINDEAU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1925

1871

1871

1871

1871

1871

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul LETOURNEUR

Interne des Hôpitaux de Nantes
Préparateur de Médecine Légale à l'Ecole de Médecine
Né à Guérande (Loire-Inférieure) le 21 janvier 1900

LES

PETITES HYPERTENSIONS
D'ALARME
AU COURS DE LA GROSSESSE

Président: M. BRINDEAU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1925

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	LETULLE.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER.
Clinique médicale.	GILBERT
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	LEGUEU.
Clinique urologique.	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
Clinique gynécologique.	VAQUEZ.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique médicale.	DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SERGEANT.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	
Clinique propédeutique.	

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI..... Pathologie médicale
 ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN.... Pathologie médicale.
 BASSET..... Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN.... Pathologie médicale.
 BINET..... Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRANCA..... Histologie.
 BRULÉ..... Pathologie médicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY..... Histologie.
 CHIRAY..... Pathologie médicale.
 CLERC..... Pathologie médicale.
 DEBRÉ..... Hygiène.
 I. de JONG.... Anatomie pathologique.
 DUVOIR..... Médecine légale.
 ÉCALLE..... Obstétrique.
 FIESSINGER... Pathologie médicale.
 FOIX..... Pathologie médicale.
 GARNIER..... Pathologie expériment^{le}.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER.. Urologie.
 HOVELACQUE.. Anatomie.
 JOYEUX..... Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LARDENNOIS.. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER.... Obstétrique.
 LEMAITRE..... Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE..... Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL... Obstétrique.
 LHERMITTE... Pathologie mentale.
 LIAN..... Pathologie médicale.
 MATHIEU..... Pathologie chirurgicale.
 METZGER..... Obstétrique.
 MOCQUOT..... Pathologie chirurgicale.
 MONDOR..... Pathologie chirurgicale.
 MOURÉ..... Pathologie chirurgicale.
 MULON..... Histologie.
 PHILIBERT... Bactériologie.
 RIBIERRE..... Pathologie médicale.
 RICHET Fils... Physiologie.
 ROUVIÈRE.... Anatomie
 TANON..... Pathologie médicale.
 TIFFENEAU... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 VAUDESCAL... Obstétrique.
 VERNE..... Histologie.
 VILLARET.... Pathologie médicale.
 WELTER..... Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM

GOUGEROT.... Pathologie médicale.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.

MM.

RETTERER..... Histologie.
 ROUSSY..... Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY..... Clinique chirurgicale.
CHEVASSU Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
LEREBoullet. Clinique médicale infan-
tile.
LÉRI Clinique médicale.
LÉPER Clinique médicale.

MM.

OMBRÉDANNE. Clinique chirurgicale in-
fantile.
PROUST Clinique chirurgicale.
RATHERY..... Clinique médicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
TERRIEN..... Cliniq. ophtalmologique.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....

} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez
l'adulte pour les accidentés du travail, les
mutilés de guerre et les infirmes adultes.

FREY.....

Stomatologie.

N.

Éducation physique.

LEDOUX-LEBARD.....

Radiologie clinique.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni im-
pro-
bation.*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma grande
affection.*

A MES SŒURS, A MON BEAU-FRÈRE

A MES NEVEUX ET NIÈCES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin-chef de la clinique Tarnier
Officier de la Légion d'honneur.

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse, qu'il veuille bien agréer l'ex-
pression des sentiments respectueux
et reconnaissants de son jeune pa-
rent.*

A M. LE DOCTEUR LE LORIER

Professeur agrégé d'obstétrique
à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur de la maternité de l'Hôpital Boucicaut

Qui nous a accueilli si aimablement à Paris, qu'il veuille bien accepter tous nos plus sincères remerciements pour les observations qu'ils nous a fournies et pour ses précieux conseils dans la rédaction de cette thèse.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR GROSSE

Professeur de clinique obstétricale
à l'Ecole de médecine de Nantes

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et guidé de ses conseils. En témoignage de reconnaissance et d'affection pour ses précieux enseignements et sa grande bienveillance.

A MES MAITRES

MM. LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE NANTES

A M. LE DOCTEUR MAURICE BUREAU

Professeur de médecine légale
à l'Ecole de médecine de Nantes

*Dont nous avons eu l'honneur
d'être le préparateur.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. les Docteurs TEXIER, LEVESQUE, RIVET
(*in memoriam*), GUILBAUD, JOUON, GROSSE,
LEROUX, GENDRON, OLLIVE ET U. MON-
NIER.

*Dont nous avons eu l'honneur
d'être l'interne. En reconnaissance
de leurs précieux enseignements.*

LES

PETITES HYPERTENSIONS D'ALARME

AU COURS DE LA GROSSESSE

INTRODUCTION

Durant notre séjour à la maternité clinique de Nantes, dans le service de notre maître, M. le professeur Grosse, nous avons eu l'occasion d'étudier la tension artérielle chez les femmes enceintes. Nous avons alors songé à consacrer notre thèse à un travail sur l'hypertension artérielle au cours de la grossesse et en particulier sur les hypertensions d'alarme, dans l'intoxication gravidique.

Après avoir exposé brièvement le résultat de nos recherches sur la tension artérielle chez la femme normale, nous étudierons principalement ces petites hypertensions que M. le professeur agrégé Le Lorier dénomme très justement les hypertensions d'alarme, si importantes à connaître parce qu'elles sont souvent à l'origine d'accidents fort graves, au cours de la toxémie gravidique.

Mais avant d'entreprendre l'étude de ce sujet, qu'il nous soit permis de remercier M. le professeur

agréé Le Lorier et notre maître, M. le professeur Grosse, qui nous ont inspiré le sujet de cette thèse, et guidé de leurs conseils.

M. le professeur Brindeau nous a fait le grand honneur de présider cette thèse. Nous l'en remercions et le prions de vouloir bien agréer l'assurance de nos sentiments respectueux.

CHAPITRE PREMIER

TENSION ARTÉRIELLE CHEZ LA FEMME ENCEINTE NORMALE

Depuis bien longtemps les médecins avaient remarqué les modifications qui surviennent dans le système circulatoire de la femme enceinte. On admit, à la suite des travaux de Larcher, qu'il existait une hypertrophie du cœur pendant la grossesse. De nombreux auteurs étudièrent la tension artérielle, mais c'est surtout depuis les travaux de Vaquez, de Nobécourt et de Millet, que l'importance considérable de l'hypertension artérielle dans les états pré-éclamp-tiques est devenue une notion classique.

Actuellement tous les accoucheurs sont d'accord pour admettre que la tension artérielle est une donnée importante à relever au cours de l'examen d'une femme enceinte.

Les avis divergent un peu, au sujet de la tension artérielle chez la femme normale en dehors et au cours de la grossesse.

Vinay, qui a fait quelques recherches avec le sphygmomanomètre déclare n'avoir jamais constaté de changement notable de la tension artérielle, sauf chez les albuminuriques.

Baranger dans sa thèse en 1898 soutient que la moyenne de la tension artérielle pendant la grossesse est de 16,5 de pression maxima, qu'elle s'élève à 20 pendant les douleurs, à 23 pendant la période d'expulsion, puis retombe à 19 après la délivrance pour descendre progressivement à la normale pendant les suites de couches.

D'après Queirel et Reynaud la tension artérielle resterait sans modification jusqu'au milieu du huitième mois ; elle tendrait même à s'abaisser à partir de cette époque, entraînant ainsi une hypotension plus ou moins marquée à la fin de la grossesse.

Dans leur *Traité d'obstétrique*, MM. Bar et Brindeau disent qu'il y a vers la fin de la grossesse tendance à l'hypertension, mais ces modifications sont loin d'être constantes.

D'après Jeannin, la tension artérielle reste normale pendant la grossesse c'est-à-dire 14, 15 au Pachon.

Dans une publication faite à la Société d'Obstétrique de Paris en 1906, le professeur Vaquez dit qu'il n'y a pas ante-partum et post-partum d'hypertension propre liée à la grossesse, pas plus qu'aux suites de couches ; qu'il y a pendant le travail une hypertension d'efforts et c'est tout, et que toute hypertension constatée avant ou après le travail révèle un état pathologique.

Chirié, qui a consacré une thèse fort intéressante sur le sujet « hypertension artérielle et accès éclamptiques », conclut, d'après ses nombreuses recherches,

que la tension maxima normale pendant la grossesse oscille entre 12 et 14. Ses résultats concordent entièrement avec les idées émises par Vaquez et il dit que toute tension durant un certain temps supérieure à ces chiffres est pathologique.

Depuis quelques années, deux accoucheurs principalement se sont occupés de cette question de la tension artérielle chez les femmes enceintes Balard de Bordeaux et à Paris, M. le professeur agrégé Le Lorier. Il a attiré, à plusieurs reprises, l'attention des accoucheurs sur ce sujet, notamment dans ses communications faites à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris en 1921.

De ses nombreuses recherches, il résulte que les femmes enceintes ont à la fin de leur grossesse une tension maxima allant de 10 à 12, 12,5.

Il se sert d'appareil construit par Boullite et applique la méthode palpatoire, celle de Riva-Rocci en recherchant à la radiale l'apparition du pouls. Brassard au-dessus de l'humérale, et non au poignet, il opère toujours sur le bras droit, parce qu'il a trouvé parfois à gauche des différences de 1 ou 2 centimètres. La tension artérielle est ainsi prise systématiquement à toute femme venant à sa consultation.

Nous avons été surpris au premier abord, ainsi que M. le Dr Grosse, des résultats donnés par M. Le Lorier et communiqués dans la *Presse médicale* du 6 janvier 1923.

Nous pensions alors qu'une tension artérielle prise

avec l'oscillomètre de Pachon et donnant 14 ou 15 de pression maxima était considérée comme tout à fait normale.

Notre manière de voir s'est modifiée rapidement et nous avons été vite convaincus, en prenant un grand nombre de tensions artérielles chez les femmes enceintes de l'exactitude des résultats donnés par M. Le Lorier.

L'appareil dont nous nous sommes toujours servi, a été l'oscillomètre de Pachon. Dans les cas qui nous semblaient douteux nous avons contrôlé nos recherches, avec l'appareil de Vaquez et celui de Lian.

M. Le Lorier a renoncé depuis quelques années à l'oscillomètre de Pachon parce qu'il lui a semblé que les résultats étaient trop variables et entachés d'erreur par des oscillations parasites.

Quand on n'est pas habitué à se servir de cet appareil, il peut exister une cause d'erreur en effet, car on a tendance à prendre comme chiffre de tension maxima, celui où, sur le cadran, on constate les petites oscillations du début alors que le chiffre exact est celui de la première oscillation croissante.

Il semble en effet que la méthode de Riva-Rocci soit préférable.

Nos mensurations ont porté indifféremment sur des primipares ou des multipares, femmes que nous recevions à la Maternité au dernier mois de leur grossesse en général.

D'après les nombreuses tensions prises chez ces

femmes et en faisant une moyenne pour chacune, nous avons trouvé que la tension normale oscillait entre 10 et 13 de pression maxima.

C'est aussi l'avis de M. le professeur Grosse, qui, dans sa clientèle a trouvé constamment des chiffres semblables aux nôtres.

Les variations observées ont porté à la fois sur la tension systolique et la tension diastolique ; mais ces variations étant toujours plus grandes pour la tension systolique c'est à l'examen de celle-ci que nous nous sommes principalement arrêtés.

Ceci ne veut pas dire qu'il ne faille tenir aucun compte de la pression minima, bien au contraire. Balard, dans son article sur les applications pratiques de l'oscillométrie en obstétrique, paru dans le *Progrès médical* du 26 avril 1924 a bien insisté sur ce point. Pour lui, la tension artérielle minima a autant de valeur que la maxima. M. Grosse le pense également.

Dans tous les cas, où nous avons noté de l'hypertension artérielle la minima suivait d'une façon absolument semblable l'élévation de la maxima.

Il est donc préférable de ne pas limiter l'exploration de la tension artérielle à la seule mesure de la maxima. Il n'est pas douteux que dans certains cas, la pression minima est indispensable à connaître.

L'oscillométrie éclaire une foule de problèmes cliniques en obstétrique, et elle apporte des notions singulièrement précises quand il s'agit d'apprécier

les réactions organiques, dans les cas de vomissements incoercibles, d'éclampsie et d'insuffisance cardiaque au cours des hémorragies et du shock post-partum.

Il est évident qu'une tension artérielle prise une fois ou deux chez une femme enceinte n'a aucune valeur. Ce qu'il y a d'important, c'est de pouvoir suivre les variations de la tension artérielle et d'établir ainsi une courbe de tension.

Dans les cas normaux, nous prenions la tension artérielle une fois par semaine.

A titre d'exemple, voici quelques observations typiques de tension artérielle chez des femmes enceintes normales où la pression n'a jamais dépassé 13 de maxima.

OBSERVATION I

C..., Joséphine, primipare de 19 ans. D.R. 25-30 juin 1923. T.A. le 20 février, 13-6,5. Le 27, 11,5-6,5. Le 7 mars, 12-6,5. Le 13, 11-6. Le 20, 9-4. Le 29 mars, 11-6.

OBSERVATION II

F..., Marie, secondipare de 35 ans. D.R. fin juin 1923 T.A. le 20 février 12-8. Le 27, 12-6,5. Le 7 mars 11-7. Le 20, 12,5-3. Le 27, 13-8. Pendant le travail, 14-8. Deux heures après l'accouchement, 12-7.

OBSERVATION III

B..., Germaine, primipare de 21 ans. D. R. 15-20 avril 1923. T.A. le 4 décembre, 12,5-7. Le 15 décembre, 13-8. Le 25, 11,5-6. Le 5 janvier 13-9. Le 15, 13-8.

OBSERVATION IV

J..., Désirée, primipare de 36 ans. D.R. 2-5 avril 1923. Bassin plat rachitique. Promonto sous-pubien 7 cm. 7. T.A. le 8 décembre, 12,5-7,5. Le 19, 13,5-9,5. Le 27, 13,5-9. Le 11 janvier 10,5-5.

D'accord avec les recherches de M. Le Lorier, nous concluons donc que la tension artérielle chez une femme enceinte, dans les cas normaux, ne doit pas dépasser 13 de maxima (12-5 pour M. Le Lorier), sans quoi elle entre dans la zone d'alarme (comprise entre 13 et 15) puis dans la zone dangereuse (au-dessus de 15) celle où nous pouvons observer des accidents d'une haute gravité, crises convulsives le plus souvent, hémorragies rétro-placentaires et apoplexies utéro-placentaires parfois, et où l'hypertension artérielle joue un si grand rôle.

C'est donc en prenant fréquemment la tension artérielle chez les femmes enceintes que l'on peut prévoir les signes de la toxémie, car une des premières manifestations de celle-ci est plus souvent

l'hypertension que la présence d'albumine dans les urines.

M. Le Lorier insiste sur ce fait qu'une tension artérielle ne doit jamais dépasser 12,5 de maxima, quand elle atteint 13 il y a déjà une petite hypertension d'alarme. M. Grosse et nous-même le pensons aussi. Si parfois nous avons trouvé des chiffres un peu supérieurs, tel que 13, nous pensons que cette différence d'un demi-centimètre pouvait tenir à un défaut d'étalonnage de notre manomètre et aussi à l'oscillomètre de Pachon, qui donne des chiffres supérieurs à la méthode de Riva-Rocci. Avant de terminer ce chapitre, nous dirons, qu'à l'égal du pouls émotif, il existe aussi une hypertension d'émotivité, qui est passagère et dont la différenciation avec la véritable hypertension est très facile.

CHAPITRE II

HYPERTENSIONS D'ALARME TENSION ARTÉRIELLE ET TOXÉMIE GRAVIDIQUE.

Prendre la tension artérielle chez une femme enceinte, est tout aussi important que de rechercher si ses urines contiennent de l'albumine. Je dirai même que c'est plus important parce que c'est un moyen de prévoir par les petites hypertensions d'alarme, les symptômes de la toxémie gravidique commençante.

Les observations que nous allons rapporter maintenant, seront suffisantes pour convaincre de l'importance capitale qu'a présenté dans ces cas, la mesure de la tension artérielle.

Comme le disait Wallich, à la Société d'Obstétrique en 1921, c'est antérieurement à la période des accidents graves qu'il faut chez la femme enceinte explorer l'état de la tension artérielle. Il faut la prendre couramment, au moindre trouble d'excitation, avant même qu'il y ait lieu de soupçonner la toxémie.

Elle doit être un moyen d'exploration clinique, au

même titre que l'examen des urines et la recherche des autres signes d'intoxication gravidique.

L'état de la femme révélé par les petites hypertensions est à cette période très accessible à nos moyens thérapeutiques ; il suffit de mettre la femme au repos au lit, de modifier son régime, de régulariser son fonctionnement intestinal, pour obtenir des améliorations frappantes. On peut faire ainsi la prophylaxie de ces accidents graves de toxémie devant lesquels lorsqu'ils se produisent, on est complètement désarmé. Il est donc nécessaire régulièrement, fréquemment, de vérifier l'état de la tension chez la femme enceinte.

La zone d'alarme est le moment où la tension artérielle dépasse 12,5 de maxima pour atteindre 14 et 15 et même davantage. C'est à partir de ce moment que nous devons prendre les précautions nécessaires afin d'éviter par le repos, le régime et les autres moyens thérapeutiques, l'apparition d'accidents graves. Les résultats fournis par la mesure de la tension artérielle sont ainsi le meilleur guide pour notre pronostic et notre conduite à tenir. Ces petites hypertensions sont donc comme un signal d'alarme nous indiquant le danger.

Il est important d'insister sur ce fait que l'élévation de la pression artérielle précède très souvent l'apparition de l'albuminurie ou des autres symptômes de toxémie gravidique. Celle-ci peut s'annoncer quelques jours ou même beaucoup plus long temps à l'avance par l'arrivée de la tension dans la

zone d'alarme, un mois et parfois plus comme le témoignent les observations.

OBSERVATION V

(Communiquée par M. le professeur agrégé Le Lorier
dans la *Presse médicale* du 6 janvier 1923)

H..., Louise, primipare de 25 ans. Entre dans mon service le 29 juillet 1922. Grossesse de sept mois et demi environ. Bassin plat rachitique, canaliculé, généralement rétréci et un peu asymétrique. P. S. P. : 11,2. Présentation céphalique, tête non engagée à l'entrée T A. : M. 11, 5, m. 6, pas d'albumine. Constante uréo-sécrétoire 0,07, azotémie 0 gr, 18. Wassermann négatif, pas de choc hémoclasique.

Le 8 août, pour la première fois, la tension entre dans la zone d'alarme (13) pas d'albumine. Le 10 août la tension revient à 12 et s'y maintient sans régime spécial jusqu'au 22 où elle atteint 13,5. Le 24, 12,5. Le 26, 13,5. Le 28, 13,5. Le 30, 11,5. Le 1^{er} septembre, 12. Le 3, 15.

A ce moment la femme est mise au régime lacto-végétarien déchloruré. Elle y restera jusqu'à son accouchement.

Le 4 septembre, 14,5. Le 5, 16. Le 6, 11. Le 7, 12. Le 8, 12. Le 9, 12. Le 16, 16. Le 17, 16. Le 20, 14. Le 22, 16. Ce jour-là à 7 h. 30 elle entre en travail et le soir même à 17 heures, ayant une grande paume de main de dilatation elle commence une crise d'éclampsie.

Pour la première fois, les urines contiennent de l'albumine et en grande quantité. Traitement classique. A 11 h. 30, le 23 septembre, la dilatation étant complète et la tête ayant,

au prix d'un chevauchement considérable réussi à s'engager, l'interne de garde fait une application de forceps et extrait un enfant mort.

Suites de couches normales. Retour de la tension à 10,11 à partir du jour de l'accouchement.

En résumé, si nous laissons de côté tout ce qui a trait au rétrécissement pelvien, nous voyons que cette observation est remarquable par ce fait que la toxémie gravidique convulsivante s'est annoncée un mois et demi à l'avance par l'arrivée de la tension dans la zone d'alarme (entre 13 et 15) puis dix-sept jours à l'avance par l'arrivée dans la zone dangereuse (au-dessus de 15) tout cela sans le moindre prodrome, sans traces d'albumine dans les urines, chez une femme à fonctionnement urinaire parfait et n'ayant pas présenté de choc hémoclasique à l'exploration fonctionnelle.

A signaler encore, l'insuffisance absolue du régime lacto-végétarien pour prévenir les crises convulsives.

OBSERVATION VI

(Communiquée par M. Le Lorier dans la *Presse médicale*
du 6 janvier 1923)

F... C., primipare de 39 ans, se présente à ma consultation le 13 avril 1922. Dernières règles du 23 au 27 octobre, grossesse de cinq mois environ. Enfant vivant. Urines normales, mais la tension est à ce moment de M. 17,5, m. 8. Aucun trouble fonctionnel appréciable. J'hospitalise immédiatement cette femme et je la mets à la diète hydrique lactosée pendant vingt-quatre heures, puis au lait. Constante uréo-

secrétoire 0,045, azotémie 0 gr. 16. Choc hémoclasique au lait très léger.

A l'entrée le 13 avril 1922, la tension maxima est de 17,5, le 14, 15, le 15, 15, le 16, 14, le 17, 13, le 18, 14, le 19, 14,5, le 20, 14.

Pendant ce temps, la malade dont l'aspect est pléthorique et qui ne doit pas avoir l'habitude de vivre de privations, commence à mettre mon dortoir de femmes enceintes en révolution, invectivant le personnel, hurlant qu'on la laisse « crever » de faim et le 20, malgré mes observations et les dangers que je ne lui laisse pas ignorer elle quitte mon service. J'obtiens seulement d'elle la promesse de venir faire prendre sa tension, tous les jours autant que possible. Elle tient sa promesse pendant huit jours, à mon grand étonnement. Le 21 avril, on trouve 15,5, le 25, 16, le 28, 16,5 puis on ne la voit plus.

Un beau jour, tout à fait par hasard, j'apprends par une élève de la Maternité qui avait vu cette femme dans mon service, qu'elle était entrée dans le service de M. Potocki et qu'elle y était morte, on l'y avait amenée en effet le 2 juillet, près de trois mois après mes premières constatations, en pleine attaque d'éclampsie et avec une apoplexie utéro-placentaire vérifiée à l'opération (hystérectomie subtotale) à laquelle elle n'avait pas survécu.

J'ai tout lieu de croire que cette malheureuse femme n'a suivi aucun régime alimentaire à partir du jour où elle a quitté mon service. Il n'est pas douteux qu'elle s'est littéralement suicidée par ignorance et par son erreur de la diète ; hospitalisée et surveillée, elle serait encore vivante aujourd'hui ainsi que son enfant.

Ainsi voilà deux femmes chez lesquelles on ne trouve à leur entrée aucun phénomène anormal, autre que leur hypertension systolique très modérée, et pourtant l'une, malgré le régime lacto-végétarien déchloruré finit par faire deux crises d'éclampsie, l'autre par négligence de tout régime alimentaire meurt avec une apoplexie utéro-placentaire en état de mal éclamptique.

Voici, une observation communiquée également par M. Le Lorier, bien suggestive et intéressante. Elle concerne une femme, très hypertendue, qui est morte d'éclampsie au deuxième mois d'une grossesse.

OBSERVATION VII

(Communiquée par M. Le Lorier)

Mme T..., 31 ans, troisième grossesse, venue à ma consultation le 15 juillet 1920 ; première grossesse en 1915, accouchement spontané un peu avant terme à Nantes (Dr Guillemet). Enfant du sexe masculin, mort d'affection intestinale.

Second accouchement en mars 1918, fille avant terme.

Actuellement : D. R. du début de mars. Sent remuer depuis une quinzaine. Grossesse de quatre mois et demi environ.

Bruits du cœur perçus. Tension artérielle :

Le 15 juillet, 19-7. Régime lacté absolu.

Le 27 septembre. T. A. : 16-9. Traces d'albumine, présentation céphalique O. I. G. T.

Le 4 octobre T. A. : 16-8.

Le 20 : 16-10 au Pachon, 13 de maxima par la méthode de Riva-Recci. Hauteur utérine. 36 centimètres Je soupçonne une grossesse gemellaire. Dos à droite. O. I. D. P. œdème des jambes et de la paroi abdominale.

Le 10 novembre, hauteur utérine, 36 centimètres, œdème. T. A. : 13-11. Régime lacté absolu pendant huit jours.

Le 29 novembre T. A. : 14,5, 11,5. Lait. Tête engagée en O. I. D. A.

Le 1^{er} décembre, expulsion de deux jumeaux, un garçon et une fille.

J'ai appris depuis, tout à fait par hasard, que cette femme était morte d'éclampsie en 1922, au deuxième mois d'une nouvelle grossesse, au bord de la mer. Elle ne m'avait pas encore consulté.

Nous allons maintenant citer une observation intéressante également d'une femme ayant fait une crise d'éclampsie sans jamais avoir eu la moindre trace d'albumine dans les urines, mais où, la tension après avoir dépassé la zone d'alarme, comme dans les cas précités, est entrée dans la zone dangereuse, tension que nous n'avons pas pu faire baisser par le régime approprié.

OBSERVATION VIII (Personnelle)

D..., Angèle, primipare de 21 ans. Entre à la Maternité-clinique de l'Hôtel-Dieu de Nantes le 22 novembre 1923, grossesse de huit mois environ. Bassin normal, présentation

céphalique, tête non engagée, pas d'œdème des jambes, pas d'albumine, rien dans les antécédents. N'a jamais eu d'albumine, ni avant, ni après son accouchement.

Le 5 décembre, présentation du siège. Version facile. Ceinture.

Le 10 décembre, on trouve comme T. A. : 11,5-6. Le 19, 13-7,5. Le 27, 13-7. Régime lacto-végétarien. Le 3 janvier, 13-7. Le 10, 13,5-7,5. Le 14, 13,5-8. Le 17 janvier 15-8. Le 22, 13-7. Le 30, 15-8. Régime lacté absolu.

Le 1^{er} février, œdème très léger des deux jambes, mais gros œdème sus-pubien. Pas d'albumine. Le 2 février, T. A. M. 19, m. 9. Régime et diète hydrique. Début du travail dans la nuit du 3 au 4 février. Le 4 à 8 heures, dilatation de 1 franc. Col mince et souple ; peu de coliques. Le soir à 16 heures la dilatation est la même. A 18 heures, violent accès d'éclampsie. Traitement classique. Large saignée. Bruits du cœur fœtaux bons, perçus jusqu'à 19 h. 50. A cette heure, dilatation d'une petite paume de main ; pas de coliques ; à 22 heures rupture de la poche des eaux. Application de forceps en O. S. Enfant mort-né pesant 3 kgr. 650. Le 5 février T A. M. 12, 5, m 8.

Cette notion de l'hypertension artérielle sans albuminurie est connue depuis longtemps. Vaquez un des premiers, dans une communication faite à la Société d'Obstétrique en 1906, a attiré l'attention sur ce sujet. « Des femmes enceintes, dit-il, peuvent présenter de l'albuminurie sans hypertension et elles ne sont pas menacées d'éclampsie ; par contre des femmes non encore albuminuriques (et qui ne le

deviendront qu'au moment des accès) ont déjà une tension artérielle très élevée et sont en imminence d'éclampsie. » L'hypertension artérielle est un symptôme qui précède les accidents convulsifs et un symptôme important puisqu'il peut exister seul sans albuminurie concomitante.

Dans l'observation que nous venons de communiquer, la toxémie gravidique s'est annoncée un mois et demi à l'avance par l'arrivée de la tension dans la zone d'alarme, et quinze jours à l'avance par l'arrivée dans la zone dangereuse.

Voici deux observations où la petite hypertension d'alarme survenue le 2 janvier a précédé de quinze jours la présence de l'albumine dans les urines dans un cas et plus longtemps dans l'autre.

OBSERVATION IX

(Communiquée par M. Le Lorier).

S..., Alice, 41 ans, troisième grossesse. D. R. du 25 au 30 avril 1924.

Antécédents généraux. — Rien à signaler.

Antécédents obstétricaux. — En 1920, accouchement normal à terme. Présentation du siège. Enfant de 4 k. 500, mort-né. En 1922, accouchement normal à terme. Enfant vivant bien portant.

Le 14 novembre, urines normales, présentation du siège. Dos à gauche. Le 20, fœtus très mobile dans un excès de liquide.

Sommet en droite transverse. Le 27, pas d'albumine, présentation du siège. Version. Le 4 décembre, T. A. : 11-6. Hauteur utérine, 32 centimètres. Sommet très mobile. Dos à gauche. Le 18, pas d'albumine. Le 2 janvier 1925, hauteur utérine, 34 centimètres. T. A. : 13-7. Pas d'albumine ; même position. Régime lacto-végétarien. Le 8, pas d'albumine mais T. A. : 14-7. Hauteur utérine, 36 centimètres. Régime lacté absolu. Le 15, traces d'albumine. T. A. : 12-7 ; sommet très mobile. Dos à gauche. Régime lacté absolu.

OBSERVATION X

(Communiquée par M. Le Lorier)

H..., Maria, 32 ans, demeurant à Issy-les-Moulineaux, secondipare. D. R. 22-24 avril 1924.

Première grossesse en 1913, accouchement prématuré à six mois d'un enfant mort et macéré. Depuis deux mois, albuminurie. Régime lacté depuis cette époque.

Le 17 décembre 1923, urines albumineuses. T. A. : 15-8. Sommet engagé en O.I.G.A.

Enfant vivant. Régime lacté pour hypertension et albuminurie.

Le 28, urines albumineuses. T. A. : 14,5-7. H. ut. 29 cent. Sommet engagé. Dos à gauche. B. d. C. : ++.

Le 30, albuminurie légère. H. ut. 30 centimètres. T. A. : 11-6. B. d. C. : ++.

Le 6 janvier 1925, albuminurie légère. T. A. : 11,5-7. H. ut. 30 centimètres B. d. C. ++. Régime lacté absolu.

Le 20 janvier, albuminurie légère. T. A. : 10-5. H. ut., 31 centimètres B. d. C. : ++. Régime lacté.

Le 30, albuminurie légère. T. A. : 11-5. H. ut. 31 centimètres, perte des eaux.

Début du travail le 30 janvier à 18 heures. Accouchement d'un enfant vivant.

Les faits d'albuminurie transitoire qu'on observe pendant la grossesse sont assez nombreux. Cette albuminurie disparaît rapidement par le régime lacté ou déchloruré ou par le seul fait du travail. Ces malades se comportent au point de vue de la tension comme des femmes normales.

Voici l'observation d'une femme ayant eu de l'albuminurie et même une assez forte dose pendant plus de deux mois, mais dont la tension est toujours restée très normale. Son accouchement s'est passé absolument sans incidents.

OBSERVATION XI (Personnelle)

H. . . , Philomène, primipare de 23 ans.

Entre à la Maternité-clinique de l'Hôtel-Dieu de Nantes le 1^{er} janvier 1924. Dans les antécédents, deux avortements, l'un à trois mois en 1921 et l'autre à quatre en 1922.

A l'entrée, grossesse de huit mois environ, présentation céphalique, tête non engagée. O. I. D. T. Pas d'œdème mais albuminurie qui existe au moins depuis quinze jours (constatée quand elle est venue à la consultation), on dose la quantité d'albumine tous les trois ou quatre jours, à chaque fois on trouve de 0 gr. 80 à 1 gramme. Régime lacté. Cette albuminurie n'a jamais été influencée par le régime déchloré.

ré. Tension artérielle, le 2 janvier, 12,7. Le 10, 12,5-7. Le 15, 10, 5-6. Le 18, 12, 5-m.7. Le 25, 12-7. Le 7 février, 12,5-7,5. Le 13, 11,5-6.

Cette femme entre en travail le 14 février, à 2 heures du matin. Dilatation rapide. Expulsion d'un enfant vivant, pesant 3 kgr. 350, placenta de 600 grammes présentant de nombreux noyaux albuminuriques. Accouchement très normal. Aucune complication dans les suites de couches.

Chez cette femme, la tension artérielle, n'a jamais atteint la zone d'alarme, puisqu'elle n'a jamais dépassé 12,5 de maxima. Malgré la grosse quantité d'albumine nous pouvions porter un pronostic favorable pour l'accouchement. Les événements nous ont donné raison.

Pour différencier les albuminuries transitoires des albuminuries graves de la grossesse, ces dernières seules, d'après Balard, entraînant de l'hypertension la connaissance des valeurs oscillométriques de la tension artérielle constitue un élément de tout premier ordre.

Il faut bien insister sur ce fait que l'hypertension artérielle précède très souvent l'albuminurie. Bar l'avait dit il y a quelques années ; mais cette notion a été surtout vulgarisée par les travaux de M. Le Lorier.

Nous avons constaté très souvent, cette hypertension précédant l'albuminurie, nos observations le témoignent.

Nous savons que l'on peut voir de l'hypertension artérielle sans albuminurie et d'autre part de l'albu-

minurie, persistant même pendant assez longtemps sans élévation de la pression. Mais les accès éclamptiques peuvent-ils survenir sans hypertension ?

Il faut distinguer deux cas, la période pré-éclamptique et les accès confirmés. En dehors des accès, la tension dépasse toujours la zone d'alarme, et pendant la crise éclamptique, on peut dire qu'à peu près constamment il y a une hypertension manifeste. Et cependant, on a observé des faits, à la vérité assez rares d'éclampsie sans hypertension artérielle.

MM. Vaquez et Nobécourt trouvent toujours une pression élevée au moment des accès, 25-27. Mais il n'est pas besoin qu'une femme ait une hypertension aussi marquée pour avoir un accès éclamptique. Dans notre première observation, nous avons vu une crise avec une tension maxima de 16.

Balard ne croit pas non plus qu'on puisse observer des crises convulsives sans hypertension et il conclut ceci dans son article paru dans le *Progrès médical* du 26 avril 1924 : « Si quelques auteurs ont pu soutenir que l'éclampsie peut survenir parfois sans élévation de la tension artérielle, c'est qu'ils avaient affaire à des femmes en période agonique, à des cas d'insuffisance cardiaque dans lesquels le cœur avait fléchi, dès le début, ou à la suite d'hémorragie ayant fait baisser la tension artérielle, c'est ce qui semble s'être présenté dans l'observation suivante de Cleisz. »

OBSERVATION XII (Cleisz)

(Extraite du *Bulletin de la Société d'Osbtétrique
et de Gynécologie de Paris*, 1921, n° 4.)

Apoplexie utéro-placentaire au cours de la gestation.
Césarienne suivie d'hystérectomie et de mort de la femme.

Femme de 29 ans, cinquième grossesse. Entre à Baudelocque le 6 mars 1921, deux accouchements avant terme — endométrite hémorragique — les deux autres à terme. Jamais d'albumine dans les urines.

Le 6 mars 1921, hauteur utérine 31 centimètres. Douleurs lombaires et abdominales avec vomissements et diarrhée. Présentation céphalique, pas de bruits du cœur fœtaux perçus. La femme n'ayant pas pu uriner, les urines ne sont pas examinées à ce moment.

Quelques instants après la femme éprouve un malaise une sensation de gêne épigastrique, des nausées et elle vomit un abondant liquide, de couleur marc de café, ayant tous les caractères d'une hématomèse.

T. A. au Pachon M. 14, m. 8. Quatre heures après son entrée, écoulement de sang par la vulve. Le catéthérisme vésical, ramène une petite quantité d'urines fortement albumineuses; 2 grammes à l'Esbach).

T. A. M. 12, m. 8. 0 gr. 52 d'urée dans le sang.

On décide l'évacuation immédiate de l'utérus et comme le col n'est pas effacé, on choisit la voie abdominale. Laparotomie. Epanchement sanguin intra-péritonéal. Ecchymoses et suffusions sanguines de l'utérus.

A l'ouverture de l'utérus issue d'un jet de sang et de caillots sous forte pression. Extraction d'un fœtus mort pesant 1.700 grammes. Le placenta est trouvé complètement décollé.

Immédiatement hystérectomie subtotale. Mort vingt minutes après.

L'auteur nous dit qu'il n'y avait pas d'hypertension artérielle, mais ces chiffres de 14 et 8, 12 et 8 expriment la tension de l'hémorragique (cette femme ayant saigné assez abondamment) la tension abaissée, comme on l'abaisse momentanément d'une façon thérapeutique par la saignée chez l'éclampsique.

M. le professeur Brindeau nous a dit avoir observé également quelques cas d'éclampsie grave sans hypertension.

Nous dirons toutefois que d'une façon générale les accidents observés au cours de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches, soit crises convulsives, soit hémorragie rétro-placentaire coïncident toujours avec une élévation de la tension artérielle.

Dans certains cas, la grossesse évolue donc sans aucun trouble autre que ceux du début de la gestation ; alors la tension artérielle ne subit que des variations minimales.

Dans d'autres cas, la femme a présenté des troubles plus ou moins notables, consistant en diminution de l'acuité visuelle, mouches volantes, céphalée, œdèmes et des perturbations de la pression artérielle coïncidant avec ces troubles pré-éclampsiques.

Dès que la tension artérielle atteint 15, il est exceptionnel que des troubles au moins subjectifs ne se montrent pas et le plus souvent si les urines étaient jusque-là normales, l'albuminurie fait son apparition. Il y a pourtant de nombreuses exceptions.

Voici deux observations, où des troubles pré-éclamptiques ont coïncidé avec des perturbations de la tension artérielle.

OBSERVATION XIII (Personnelle)

J... Jeanne, primipare de 34 ans. Entre à la maternité clinique de Nantes le 15 décembre 1923. Rien dans les antécédents. Grossesse de huit mois et demi environ. Hauteur utérine 44 centimètres, pas d'albumine, présentation céphalique, tête non engagée, O. I. G. T. Se plaint de troubles visuels, depuis deux ou trois jours, de céphalée, de douleurs épigastriques. Œdème des membres inférieurs et sus-pubien. T. A. 18-9. Immédiatement diète hydrique pendant vingt-quatre heures, puis régime lacté absolu, azotémie 0 gr. 10. W. négatif. Saignée de 500 grammes. Aussitôt la tension tombe à 16-7,5. Les œdèmes diminuent mais la tension remonte. Le 21 on trouve M. 18, m. 9. — Le 23, 18,5-9. Régime lacté absolu. Le 25 décembre, vers 16 heures, rupture de la poche des eaux avant tout début de travail. Très grosse quantité de liquide amniotique. Le 26, T. A. M. 22, m. 7. Le 26 décembre à 8 heures du matin, on trouve un début de travail, dilatation 1 franc environ.

Elle reste au même point pendant plus de vingt-quatre heures. Le 29 après-midi, dilatation de 2 francs, pouls 120, température 38° 5.

M. le Dr Grosse décide d'intervenir. Césarienne suivie d'hystérectomie. Extraction d'un enfant mort pesant 4 k. 500.

Le lendemain, la tension revient à la normale M. 11, m. 8. Le 11 janvier M. 12, m. 7,5.

OBSERVATION XIV

(Communiquée par M. le Docteur Clénet
de Cugaud, Vendée).

Mme P..., de Cugand, secondipare, première grossesse normale en 1917. Deuxième grossesse: D. R. 26-30 mai 1924. Evolution normale en apparence de la grossesse jusqu'à la fin de novembre, la femme qui est marchande dans les foires, ne modifiant en rien son genre de vie (repas copieux) vient me consulter le 1^{er} décembre 1924.

Bouffissure de la face. Céphalée. Traces non dosables d'albumine. T. A. au Pachon: M. 21, m. 13. Repos et régime lacté absolu. Le 10 décembre, traces non dosables d'albumine. T. A. 18-11. Le 27, T. A.: 16,5-10. Les petits signes pré-éclamptiques ont diminué, urines abondantes. Le 22 janvier, 0 gr. 75 d'albumine à l'Esbach, la tension remonte; elle est de M. 18, m. 12. Repos au lit et régime lacté. Le 2 février 18,5-12. Céphalée et perte de connaissance pendant la nuit. Le 4 février, albuminurie croissante, 1 gramme environ. T. A.: M. 21, m. 13. La malade mouche du sang et ses gencives saignent continuellement. Elle est

très agitée et commence à ressentir quelques coliques. Au toucher, pas de début de travail. Devant la gravité de ces symptômes, le Dr Grosse est appelé en consultation. La T.A. est toujours de M. 21, m. 13. Lavement de chloral. Le 5 février, aucun changement au toucher, mais la tension est tombée à 18,5-12. A 15 heures rupture de la poche des eaux, accouchement normal à 20 heures. Expulsion d'un enfant vivant de 1.550 grammes. Pas de crise d'éclampsie. Deux heures après l'accouchement tension à : M. 17, m. 11.

OBSERVATION XV

(Recueillie dans le service de M. le Dr Gross).

Al..., Eugénie, primipare de 28 ans. D. R. du 10 au 14 juillet 1921. Entre à la maternité clinique de Nantes, le 8 février 1925. Grossesse de 6 mois et demi environ.

Rien dans les antécédents. L'albuminurie a fait son apparition vers le milieu du mois de décembre.

Elle consulte alors le Dr Moissnard qui la met au repos et au régime lacté absolu. Malgré cela, l'albuminurie persiste et devient plus abondante.

L'examen des urines pratiqué à ce moment révèle : urée 13 grammes, chlorures 1 gr. 28, albumine 5 gr. 80 par litre, cellules épithéliales, leucocytes. La tension artérielle n'a pu être prise jusqu'au début de février.

En l'absence du Dr Moissnard, M. le Professeur Grosse est appelé près de cette femme. Le 3 février la tension artérielle donne avec le Vaquez M. 24, m. 15. Diète hydrique absolue.

Le 7 février, T. A. : M. 24, m. 16. Troubles de la vision, 4 grammes d'albumine, azotémie 0 gr. 40.

Ne pouvant recevoir à domicile les soins nécessités par son état, M. le Dr Grosse envoie cette femme dans son service de la maternité où elle entre le 8 février au matin. La tension artérielle donne à ce moment M. 21, m. 15. Saignée de 350 grammes. La tension tombe à 19, pas d'œdème, mais toujours grosse quantité d'albumine oscillant entre 4 et 6 grammes. Dans l'après-midi, T. A. : M. 21, m. 13. Céphalée, agitation, clignement des paupières. Légères convulsions. Bourdonnements d'oreille, amaurose presque totale. Vomissements, mouches volantes; on lui donne du lait coupé d'eau de Vichy.

A 17 heures, T. A. : 21-14.

A 21 heures, T. A. : 21, 12-5, nuit très agitée, vomissements continuels.

Le 9 février, perte totale de la mémoire, la malade ne se souvenant plus du tout de ce qui s'est passé la veille, température 38°2, pouls rapide. La tension artérielle prise le matin donne M. 21, m. 12,5 obnubilation complète. Le Dr Grosse décide d'intervenir, étant donné le danger imminent d'éclampsie et la gravité de l'état chez cette femme. Dilatation du col à l'aide de bougies de Hégar. Introduction d'un petit ballon de Champetier de Ribes. Dans l'après-midi quelques coliques.

A 17 heures, T. A. : 24-14,5. Agitation, délire, Saignée de 400 grammes.

A 1 heure du matin, expulsion d'un fœtus pesant 900 gr.

Quelques instants après, l'agitation semble avoir diminué, faisant place à un demi coma entrecoupé de cris.

Elle reste ainsi dans cet état jusque dans la matinée du lendemain, sans avoir repris connaissance, pas de température, mais pouls à 130. Huile camphrée. Strychnine et sparteïne.

A 14 heures, la tension artérielle est de M. 12,5, m. 7,4. aucun souvenir de ce qui s'est passé. Toujours obnubilée.

Le 13, bon état général de la femme, aucun trouble ne persiste, mais la tension artérielle est remontée. M. 15, m. 10. et à surveiller de près.

Cette observation est très intéressante parce qu'elle concerne une femme atteinte de néphrite plus que d'albuminurie liée à l'intoxication grandique.

En effet, s'il ne s'était agi dans ce cas que d'intoxication, nous aurions vu tous les troubles présentés par cette femme cesser sitôt l'expulsion du fœtus.

Il n'y a que la tension artérielle qui se soit modifiée d'une façon très notable après l'accouchement.

Voilà donc encore un cas où l'hypertension artérielle, a eu un rôle prépondérant.

Cette notion de l'hypertension nous oblige, ainsi que le dit Balard, à traiter les albuminuriques avec la dernière rigueur comme si elles avaient eu une crise convulsive, sous peine de voir s'installer quelquefois des lésions rénales immédiates, mortelles à bref délai.

En résumé toute femme qui au cours de sa gestation, ayant eu jusque-là une tension égale ou inférieure à 12, dépasse ce chiffre ne fut-ce que de un centimètre, doit être considérée comme en imminence

de toxémie gravidique convulsivante et être strictement surveillée. L'alarme nous est donnée par toute élévation de la pression artérielle.

Si l'on néglige cette surveillance, on s'expose à voir la tension s'élever et à un moment donné rapidement l'état s'aggrave et un accident cataclysmique survient.

C'est donc l'oscillomètre en main que l'on peut établir un pronostic et parer à ces accidents si graves.

CHAPITRE III

PRONOSTIC DES HYPERTENSIONS AU COURS DE LA GROSSESSE

Le pronostic s'aggrave en général, quand la tension artérielle s'élève. Nous avons bien vu des femmes dont la tension était à 15 ou 16 ne jamais présenter d'accidents, ni pendant la grossesse, ni pendant l'accouchement. Néanmoins, dans l'immense majorité des cas, quand on voit la tension artérielle dépasser la zone d'alarme, pronostic à réserver.

Pour ce qui est des grosses hypertensions c'est-à-dire des cas où la tension atteint 18 ou 20, le pronostic est évidemment toujours très sérieux. Il est bien rare en effet qu'avec une hypertension aussi marquée, des femmes ne fassent pas quelque accident, pendant la grossesse ou le travail. Nous en avons vu des exemples dans nos observations.

L'élévation de la tension maxima et minima devra nous faire craindre une issue redoutable, surtout si la thérapeutique employée, n'entraîne pas un abaissement important et durable de la tension artérielle.

Le traitement des hypertensions d'alarme

Toute ascension d'une tension artérielle jusque là normale, commande la mise au repos, le régime l'acto-végétarien déchloruré, les grandes évacuations intestinales.

M. Le Lorier a bien voulu nous confier que, après avoir traité les petites hypertensions par un régime l'acto-végétarien ou simplement déchloruré, il est devenu depuis beaucoup plus sévère et a l'habitude, dès que les femmes enceintes atteignent la zone d'alarme, de les mettre au régime lacté absolu. Si la tension dépasse 15, diète hydrique pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures. La tension est prise tous les huit jours. Dès qu'elle redevient normale, l'alimentation est reprise petit à petit : d'abord régime lacté, déchloruré, puis régime lacto-végétarien chloruré, enfin alimentation normale.

La saignée modérée, entre 300 et 500 grammes est avec le régime hydrique et lacté une précieuse ressource dans les cas graves. Quand il existe une hypertension très élevée, il faut pratiquer des saignées massives, l'oscillomètre en main, ainsi que l'ont préconisé MM. Macé et Chirié.

Donc à partir de 13, régime lacté absolu, entre 12, 5 et 13, régime lacto-végétarien. Reprendre l'alimentation, seulement quand la tension est revenue à son chiffre normal et, traiter toute hypertension artérielle, qui est pathologique en étant facteur d'accidents et de lésions graves.

CONCLUSIONS

1° La mesure systématique de la tension artérielle pendant la grossesse, a autant d'importance que la recherche des signes de toxémie gravidique et de l'albumine. Je dirai même qu'elle est plus importante que cette dernière, car on peut, en dépistant dès le début l'hypertension d'alarme, manifestation très précoce de toxémie, mettre immédiatement des malades qui n'ont pas d'albumine, à un régime approprié et leur éviter ainsi de graves complications.

2° La tension artérielle chez une femme enceinte normale ne doit pas dépasser 13 de maxima, 12,5 d'après Monsieur Le Lorier.

3° L'hypertension d'alarme est souvent la seule manifestation de la toxémie commençante.

4° L'hypertension précède très souvent l'albuminurie et parfois de très loin. La toxémie gravidique s'annonce un certain temps à l'avance par l'arrivée de la tension dans le zone d'alarme (entre 13 et 15), puis dans la zone dangereuse (au-dessus de 15).

5° Enfin toute femme dont la tension artérielle dépasse 13, est considérée comme en imminence de toxémie gravidique convulsivante. Elle doit avoir sa tension prise tous les huit jours, outre les soins que commande cet état.

BIBLIOGRAPHIE

- Balard.* — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, n° du 8 janvier 1922.
- L'oscillométrie en obstétrique *in* Progrès médical du 26 avril 1924.
- Les données oscillométriques dans l'albuminurie gravidique et l'éclampsie (Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique, mai 1921).
- Chirié.* — Hypertension artérielle et accès éclamptiques. Thèse Paris, 1907.
- Cleisz.* — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris 1921, n° 4, p. 212.
- Le Lorier.* — Les petites hypertensions d'alarme dans la toxémie gravidique convulsivante *in* Presse médicale du 6 janvier 1923.
- Le Lorier et Wallech.* — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de la Gynécologie de Paris, 1921, t. IV et V.

Vu : le Président de la thèse
BRINDEAU

Vu : le Doyen.
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris.
P. APPELL

